

9.3.1 Nacken- und Kopfschmerzen

Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Fragen <ul style="list-style-type: none"> – Wo tut es weh? (lokal – ausstrahlend) – Seit wann tut es weh? – Wodurch werden die Schmerzen verstärkt bzw. vermindert? – Was ist in den Augen des Klienten die Ursache der Schmerzen? ▪ Pain Guide <ul style="list-style-type: none"> – Kopfschmerzen (Abb. 9.25, Tab. 9.12) – Nackenschmerzen (Abb. 9.25, Tab. 9.13)
Befund	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screening-Test <ul style="list-style-type: none"> – HWS (S. 465) – BWS (S. 470) – Schulter (S. 471) – Kiefer (S. 497) ▪ Zusatzuntersuchungen (je nach Situation und Verlauf)
Differenzialdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ myofaszial verursachte Schmerzen und Funktionsstörungen ▪ zervikale Diskushernie (meist Höhe C5/6 oder C6/7) → Bewegungsschmerz der HWS (v.a. bei Extension und ipsilateraler Lateralflexion der HWS [Spurling-Test]) mit segmentspezifischer Ausstrahlung in den Arm, in der Regel begleitet von neurologischen Symptomen (Kraftminderung, Sensibilitätsstörung, Reflexverlust). Zervikale Diskushernien können in der Regel durch konservative Behandlung zu einer Restitutio ad integrum gebracht werden (Dejung 2006); bei progredienten Paresen liegt eine Operationsindikation vor, und auch bei persistierenden radikulären Schmerzen müssen invasive Behandlungsmethoden in Betracht gezogen werden. ▪ arthrogene Kopfschmerzen (Spondylarthrosen) ▪ neurogene Kopfschmerzen ▪ Borreliose ▪ entzündliche rheumatische Erkrankungen, z.B. Polyarthrit (seitliche HWS-Röntgenaufnahme in Neutral- und aktiver Flexionsstellung zur Beurteilung des Dens axis/Instabilität); Polymyalgia Rheumatica ▪ raumfordernde Prozesse (Tumor, Hämatom etc.) ▪ vaskulärer Nacken-/Kopfschmerz (z.B. Aneurysmata der hirnversorgenden Arterien) ▪ Arteriitis temporalis Horton (hohe Senkung) ▪ Diszitis (pathologische Szintigrafie, MRT) ▪ multiples Myelom (pathologische Elektrophorese) ▪ Grundsätzliche Warnsymptome (Red Flags), die eine weitere fachspezifische Abklärung erfordern: <ul style="list-style-type: none"> – erstmals auftretende heftige Kopfschmerzen, Pulsieren – deutliche Progredienz – fokalneurologische Zeichen – Hirndruckzeichen, Meningismus – Fieber und Bewusstseinsstörungen
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Probebehandlung der im Clinical-Reasoning-Prozess aufgrund von Anamnese, Befund und der Erfahrung des Therapeuten als wahrscheinlich infrage kommenden Strukturen ▪ Wiederbefund → eingeschlagenen Weg weiterverfolgen oder Kurskorrektur (evtl. Zusatzuntersuchungen) ▪ unterhaltende Faktoren erkennen und in die Behandlung integrieren <ul style="list-style-type: none"> – Haltung: Kopfposition im Sitzen (Abb. 4.7, S. 66) und Stehen; Schulterabduktionssyndrom etc. – Arbeitsbelastungen: Position des Bildschirms, der PC-Tastatur etc. – Freizeit: Stricken, Vielinespielen, Rennradfahren → Kopfposition etc. – Brille: falls Anlass zu unnatürlicher Kopfposition → evtl. Linsen – bei Frauen: Koppelung der Schmerzen an den hormonellen Zyklus (Kontrazeptiva) beachten – wenn zusätzlich starke Müdigkeit: evtl. Ferritin kontrollieren (Eisenmangel) – genügend trinken – allgemeine Fitness trainieren: Personen aus Berufsgruppen, die manuell tätig (d.h. regelmäßig körperlich aktiv) sind, haben weniger häufig Kopfschmerzen als solche, die in sitzenden Berufen arbeiten. ▪ funktionelles Kräftigen: zuerst lokal stabilisieren, Koordinationsschulung

Hinweise für den Therapeuten

- Nacken- und Kopfschmerzen entstehen nicht selten infolge myofaszialer Probleme im Thorakalbereich
 - MTrPs im M. trapezius ascendens strahlen häufig in den Nackenbereich aus und die kranialsten Zacken des M. serratus anterior werden als Schmerzursache oft übersehen (Dejung 2006).
 - Sind die Skapulastabilisatoren insuffizient (dysfunktionsrelevante mTrPs v.a. im M. serratus anterior und M. trapezius ascendens), wird die Skapula ungenügend am Thorax verankert und stattdessen kompensatorisch an die HWS gebunden → überaktiver M. trapezius descendens mit mTrPs.
- Nackenschmerzen
 - „Die meisten zervikalen Schmerzsyndrome haben eine primär muskuläre Ursache“ (Dejung 2006, S. 183).
 - Gelenkdysfunktionen der HWS lösen sich häufig spontan bzw. können einfacher und nachhaltiger mobilisiert werden, wenn vorher mTrPs in den Nackenmuskeln behandelt wurden.
- Kopfschmerzen
 - ca. 10% monokausal verursacht
 - in ca. 90% der Fälle multifaktoriell verursacht
 - Genetische, mechanische, biochemische, vaskuläre, neurogene, myofasziale und psychische Faktoren können eine Rolle spielen.
 - Die verschiedenen Kopfschmerzformen wie Spannungskopfschmerz, Migräne, Cluster-Kopfschmerz etc. werden heute als verschiedenen Ausprägungen des gleichen Krankheitsbilds gesehen (Kopfschmerzkontinuum; Thal 2004).
 - Multimodale Therapiekonzepte sind sinnvoll: Behandlung von Schmerz und Dysfunktion verursachenden mTrPs mit myofaszialen Techniken, ggf. gelenk- und nervenspezifische Manualtherapie, Körperwahrnehmungsverfahren, Haltungsschulung, körperliche Aktivitäten im Sinn eines Ausdauertrainings, individuell abgestimmte Entspannungsverfahren, Aufklärung, Stressmanagement etc.
 - Die Behandlung von mTrPs führt meistens zu einer deutlichen Linderung der Kopfschmerzen.
 - Mit den Screening-Tests (HWS, BWS, Schulter und Kiefer) können die Kopfschmerzen häufig nicht direkt reproduziert werden. Aktive mTrPs liegen hier meistens in denjenigen Muskeln, die für eine vorliegende Bewegungseinschränkung von HWS bzw. Kiefer verantwortlich sind. Über Palpation/Provokation können die bekannten Kopfschmerzen von mTrPs in diesen Muskeln ausgelöst und – meist mit positivem Resultat – behandelt werden.
- „Spannungskopfschmerzen“, „Migräne“ und Probleme nach HWS-Beschleunigungstraumen lassen sich durch die Behandlung aktiver mTrPs oft günstig beeinflussen.
 - Nach akutem HWS-Beschleunigungstrauma ist in den ersten 3 Wochen Triggerpunkt-Therapie im HWS-Bereich kontraindiziert.
 - In der chronischen Phase nach HWS-Beschleunigungstrauma ist die Behandlung der Triggerpunkte oft die Therapie der Wahl.
- Primäre TrPs für die Subokzipitalmuskulatur liegen oft in der Triggerpunkt-Kette M. trapezius transversus und/oder ascendens – M. serratus anterior.
- Dysfunktionsrelevante TrPs in den lokalen Stabilisatoren behandeln. Solange die lokalen Stabilisatoren der HWS (ventral: Mm. longus colli und capitis sowie M. rectus capitis; dorsal: Mm. suboccipitales sowie Mm. multifidus und rotatores) nicht rechtzeitig stabilisieren, versuchen Muskeln des globalen Systems kompensatorisch die Stabilisierungsaufgabe der HWS zu übernehmen (z.B. M. sternocleidomastoideus, M. trapezius descendens, Mm. scapuli). Dabei werden diese überlastet und bilden häufig für Kopfschmerz relevante TrPs aus. Parallel zur Behandlung solcher schmerzrelevanten TrPs in den globalen Muskeln sind die tiefen Nackenstabilisatoren (ventral und dorsal) zu untersuchen. Auch bezogen auf Kopfschmerzen latente TrPs sind zu behandeln, da diese dysfunktionsrelevant sein können und das koordinativ gut abgestimmte lokale Stabilisieren verhindern.
- Schwindel: Die tiefen, kurzen Nackenmuskeln weisen eine hohe Rezeptordichte mit einer Vielzahl von Propriozeptoren und nervalen Verbindungen zu trigeminalen Kernen auf. Sie sind bei der Steuerung des Grundtonus der Muskulatur beteiligt und spielen eine wichtige Rolle bei der Regulierung des Blutdrucks. Gleichzeitig gewinnt dieses „Nackenzerebellum“ Informationen über die Stellung des Kopfs zum Rumpf im Raum und ist nerval mit Augenmuskeln im Gehirn verbunden. Damit ist die Subokzipitalmuskulatur als Sinnesorgan für Raumorientierung und Gleichgewicht mitverantwortlich. → TrPs in den tiefen Nackenextensoren können zu Schwindel und Gangunsicherheit führen. Außerdem kann Schwindel auch durch TrPs im M. trapezius descendens und sehr häufig im M. sternocleidomastoideus ausgelöst werden.

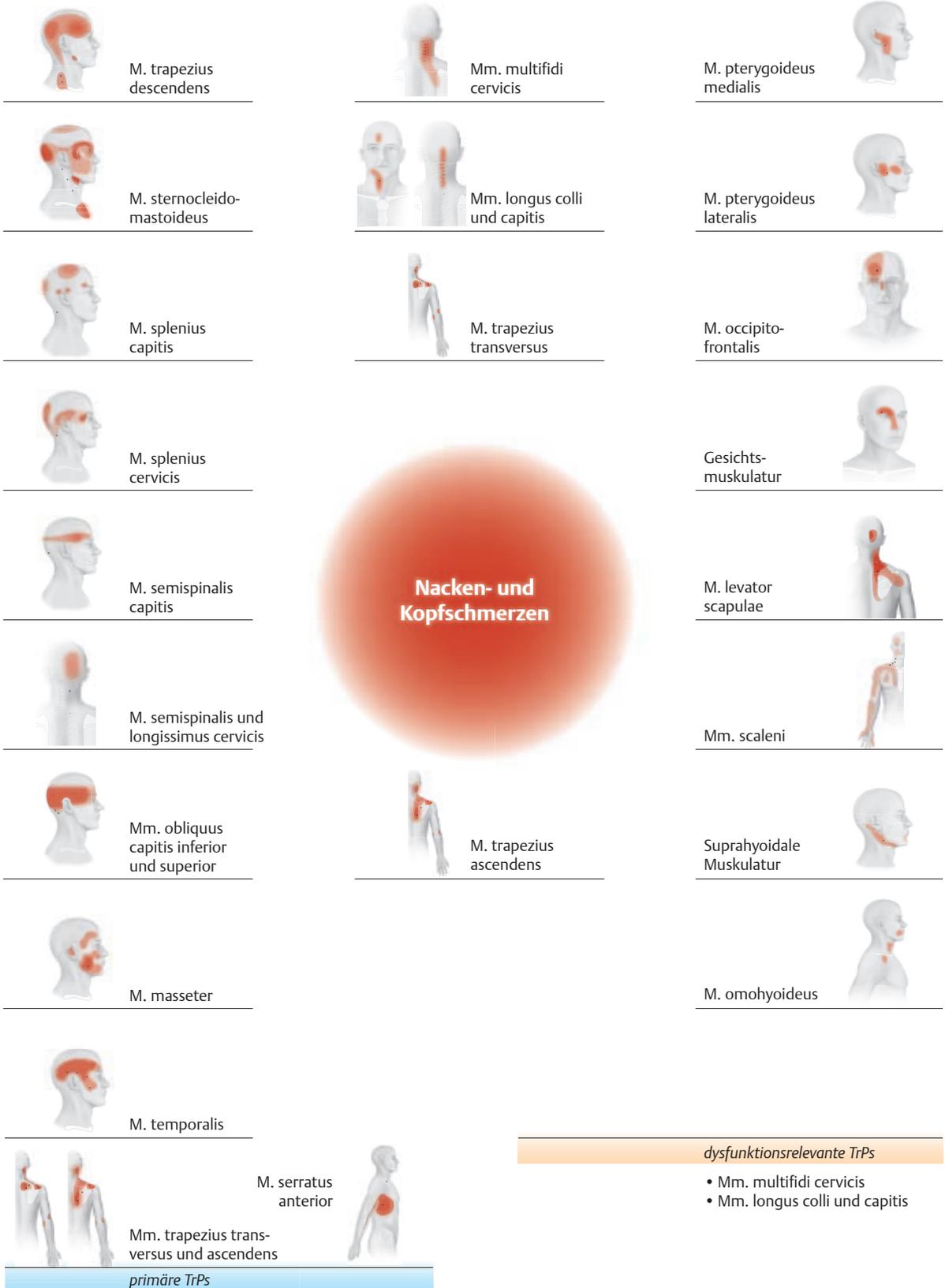


Abb. 9.25 Nacken- und Kopfschmerzen.

Tab. 9.12 Pain Guide Kopfschmerzen

sehr häufig	M. trapezius descendens	Kapitel 7.2.1	S. 192
sehr häufig	M. sternocleidomastoideus	Kapitel 7.2.3	S. 200
häufig	Mm. splenius capitis und cervicis	Kapitel 7.2.6	S. 212
häufig	Mm. semispinalis capitis und cervicis	Kapitel 7.2.7	S. 214
häufig	Mm. obliquus capitis inferior	Kapitel 7.2.8	S. 218
häufig	M. masseter	Kapitel 7.3.1	S. 224
häufig	M. temporalis	Kapitel 7.3.2	S. 226
häufig	M. occipitofrontalis	Kapitel 7.3.8	S. 246
gelegentlich	M. levator scapulae	Kapitel 7.2.2	S. 196
gelegentlich	Mm. scaleni	Kapitel 7.2.4	S. 204
gelegentlich	Mm. longus colli und capitis	Kapitel 7.2.5	S. 208
gelegentlich	M. longissimus capitis	Kapitel 7.2.7	S. 214
gelegentlich	Mm. multifidi/rotatores (zervikal)	Kapitel 7.2.7	S. 214
gelegentlich	Mm. rectus capitis posterior major und minor	Kapitel 7.2.8	S. 218
gelegentlich	Mm. obliquus capitis superior	Kapitel 7.2.8	S. 218
gelegentlich	M. pterygoideus medialis	Kapitel 7.3.3	S. 230
gelegentlich	M. pterygoideus lateralis	Kapitel 7.3.4	S. 232
gelegentlich	Suprahyoidale Muskulatur	Kapitel 7.3.5	S. 236
gelegentlich	M. omohyoideus	Kapitel 7.3.6	S. 240
gelegentlich	Gesichtsmuskulatur	Kapitel 7.3.7	S. 244
primäre TrPs häufig im			
	M. trapezius ascendens	Kapitel 7.1.14	S. 184
	M. trapezius transversus	Kapitel 7.1.13	S. 182
	M. serratus anterior	Kapitel 7.1.11	S. 176
dysfunktionsrelevante TrPs			
	Mm. longus colli und capitis	Kapitel 7.2.5	S. 208
	Mm. multifidi/rotatores (zervikal)	Kapitel 7.2.7	S. 214

Tab. 9.13 Pain Guide Nackenschmerzen

sehr häufig	M. levator scapulae	Kapitel 7.2.2	S. 196
sehr häufig	Mm. splenius capitis und cervicis	Kapitel 7.2.6	S. 212
häufig	Mm. semispinalis capitis und cervicis	Kapitel 7.2.7	S. 214
häufig	M. multifidus (zervikal)	Kapitel 7.2.7	S. 214
häufig	M. trapezius transversus	Kapitel 7.1.13	S. 182
häufig	M. trapezius ascendens	Kapitel 7.1.14	S. 184
häufig	M. trapezius descendens	Kapitel 7.2.1	S. 192
gelegentlich	M. sternocleidomastoideus	Kapitel 7.2.3	S. 200
gelegentlich	Mm. scaleni	Kapitel 7.2.4	S. 204
gelegentlich	Mm. longus colli und capitis	Kapitel 7.2.5	S. 208
gelegentlich	M. longissimus capitis	Kapitel 7.2.7	S. 214
gelegentlich	Mm. suboccipitales (Mm. rectus capitis posterior major und minor Mm. obliquus capitis inferior und superior)	Kapitel 7.2.8	S. 218